Afwegingsinstrument

eerstelijns verblijf

Inhoudsopgave

Deel A – Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf

Inleiding

Aanleiding

In 2015 maakte de Algemene Wet Bijzondere Ziektekostenverzekering (AWBZ) plaats voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Hiermee is een grote omslag gerealiseerd in de visie op de zorg in het algemeen en de zorg voor kwetsbare mensen in het bijzonder. Doel van de hervormingen is om de kwaliteit en ondersteuning van zorg te verbeteren, de betrokkenheid van de samenleving te vergroten en toekomstige generaties goede langdurige zorg te kunnen garanderen.[1] Langdurige zorg komt voor in verschillende situaties. De patiënt kan langdurige zorg ontvangen van de huisarts en wijkverpleegkundige en voorzieningen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wlz.

Kwalitatief goede zorg voor kwetsbare mensen heeft de volgende kenmerken: professioneel, tijdig, beschikbaar, bereikbaar en cyclisch. De zorg is proactief en multidisciplinair ((para)medisch, verpleegkundig en gedragswetenschappelijk team) waarbij er aandacht is voor waardigheid, kwaliteit, zeggenschap, wederkerigheid en een holistische benadering van de situatie.
Dergelijke kwalitatief goede zorg houdt rekening met de ervaren kwaliteit van leven door de patiënt. Dit hangt samen met de mate van autonomie en zelfstandigheid die de patiënt ervaart. Bij een medisch zorgafhankelijke patiënt betekent autonomie het recht op zelfbeschikking, respect voor de eigen ruimte, regie houden over zijn persoonlijke leven en overeenstemming bereiken over complexe medische zorg. De patiënt dient respect, aandacht en veiligheid te ervaren.[2]

Wet langdurige zorg (Wlz)

Door de invoering van de Wlz en de veranderingen in het indicatiesysteem zijn veranderingen in de samenleving waarneembaar. Zo wordt de patiënt die zich aanmeldt voor een indicatie langdurige zorg op een andere manier geïndiceerd. Waar eerder de gehele sociale context van de patiënt gedurende het indicatieproces werd meegewogen, wordt nu sec de patiënt met zijn ziekten en onmogelijkheden beoordeeld, waardoor de kwetsbaarheid beter in kaart wordt gebracht.
Na het indicatieproces stelt het zorgkantoor, in overleg met de patiënt, vast welke vorm van zorg hij of zij nodig heeft. Pas in dit stadium wordt rekening gehouden met de sociale context van de patiënt. Hierdoor komt het voor dat patiënten thuis wonen met een indicatie vanuit de Wet langdurige zorg met een relatief kleine zorgvorm. De kwetsbaarheid van deze patiëntengroep, waarvan de omvang groeit, is ondanks hun relatief geringe zorgvraag hoog.[3]

Gevolgen voor kwetsbare[4] mensen die langer thuis wonen

Doordat kwetsbare mensen langer in hun eigen omgeving wonen is het aannemelijk dat daar vaker incidenten zullen plaatsvinden. Het is van belang dat deze mensen tijdig die medische zorg ontvangen die zij nodig hebben, in combinatie met verpleegkundige, verzorgende en paramedische zorg.

Omdat de kwetsbaren langer thuis wonen, waarbij zij een beroep doen op mantelzorgers[5] en zorgverleners, is het nodig dat bij calamiteiten[6] opvang bestaat. De situatie kan zich ook voordoen dat de patiënt niet opgenomen wil worden in een ziekenhuis en dat huisarts en patiënt besluiten dat ELV (eerstelijns verblijf) een oplossing is.

---

[1] HHM concept Wlz-afwegingskader 2015 Enschede.
[2] HHM concept Wlz-afwegingskader 2015 Enschede.
[3] Dit betreffen kwetsbaren met een goed sociaal netwerk.
[4] De term kwetsbaar verwijst naar de toestand en situatie van de patiënt, niet naar een bepaalde leeftijd.
[5] De mantelzorgers zijn de zonen en dochters, buren etc. van de patiënt die veelal aan het arbeidsproces deelnemen. Er bestaat wel zorgverlof voor een bepaalde termijn, uitsluitend voor familie. Bovendien worden mensen geacht door te werken tot 67 jaar. Deze factoren beïnvloeden de mogelijke inzet van mantelzorgers.
[6] Onder calamiteiten wordt hier verstaan: of tijdelijke toename van zorgvraag of dusdanige onverwachte en dreigende verslechtering dat interventie noodzakelijk is.

Opdrachtgever: ministerie van VWS
Verenso heeft op verzoek van het ministerie van VWS een afwegingsinstrument eerstelijns verblijf ontwikkeld. Het instrument is een hulpmiddel bij de professionele afweging door betrokken zorgprofessionals die overwegen een patiënt te verwijzen naar en toegang te geven tot eerstelijns verblijf. Eerstelijns verblijf valt vanaf 1 januari 2017 onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Leeswijzer
Waar in deze notitie sprake is van een andere arts dan de huisarts of een klinisch medisch specialist/zorgprofessional betreft het een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) of een GZ psycholoog of een specialist ouderengeneeskunde of een orthopedagoog etc. De inzet is afhankelijk van de problematiek van de patiënt.

De setting van het eerstelijns verblijf wordt bepaald door twee zaken:

1. De complexiteit van de patiënt en diens situatie.
2. Passend bij de patiëntkenmerken.

Hoofdstuk 1 - Vaststellen kenmerkende situaties

Definitie eerstelijns verblijf[7]

Eerstelijns verblijf (ELV) is een medisch noodzakelijk kortdurend verblijf van minimaal 24 uur en maximaal 18 weken. ELV is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling, waaronder (geriatrische) revalidatiezorg, aangewezen is. Doel is het analyseren van de aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan, deze opheffen c.q. stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is. Als terugkeer geen optie blijkt te zijn, wordt vastgesteld welke vervolgzorg passend is voor de patiënt.

Patiëntkenmerken

De patiënten met de volgende kenmerken[8] zijn in dit afwegingsinstrument meegenomen:

- somatische aandoening(en) en/of beperking(en)
- psychogeriatrische aandoening(en) en/of beperking(en)
- psychische stoornis(sen) en/of beperking(en)
- lichamelijke en/of verstandelijke en/of zintuiglijke handicap(s) en/of beperking(en)

Deze kenmerken komen binnen alle leeftijdscategorieën voor en er kunnen meerdere kenmerken naast elkaar bestaan.

In de volgende situaties is een vorm van eerstelijns verblijf aangewezen:

- De gezondheidssituatie van de patiënt verandert tijdelijk of dreigt te veranderen, waardoor de medische zorg thuis ontoereikend is. Er ontstaat een wijziging in de gezondheidstoestand van de patiënt, waarbij de huisarts een opname in een ziekenhuis niet nodig of wenselijk acht maar waarbij de zorg (dit kan medische zorg zijn en verpleegkundige zorg) thuis niet verantwoord kan worden gegeven. Het gaat dan om een verslechtering van reeds bekende (chronische) ziekte(n) of een bijkomende acute aandoening die geen ziekenhuis- of GGZ-opname vereist. De mogelijkheden voor uitbreiding van de huidige medische zorg en uitbreiding van verpleging en verzorging thuis moeten onderzocht zijn en blijken niet passend.[9]

- De patiënt is in een instelling voor gezondheidszorg, medisch-specialistisch uitbehandeld. De patiënt heeft nog bestaande beperkingen die medische- en verpleegkundige zorg behoeven. De mogelijkheden van de medische zorg en uitbreiding van verpleging en verzorging zijn onderzocht en blijken niet passend, waardoor voor de patiënt een gezondheidsbedreigende situatie ontstaat.

- Een incident met de mantelzorg maakt dat de benodigde zorg[10] niet langer op een verantwoorde manier thuis kan worden gegeven. De mogelijkheden voor uitbreiding van de huidige medische zorg en uitbreiding van verpleging en verzorging zijn onderzocht. Deze blijken niet mogelijk of zijn ontoereikend waardoor voor de patiënt een gezondheidsbedreigende situatie ontstaat.[11]

---

7 Definitie is afkomstig van de subsidieregeling ELV 2016 artikel 1.1 en de expertgroep ELV.

8 HHM concept Wlz-afwegingskader 2015 Enschede.

9 Handreiking spoedzorg Verenso. Hierin spelen twee zaken een rol: de V&V aanbieder kan de voor de patiënt benodigde therapeutische behandelomgeving thuis niet bieden (onbegrepen gedrag, verpleegkundige specialistische observatiemomenten nodig et cetera).

10 Onder zorg kan worden verstaan: medische zorg, verpleegkundige of verzorgende zorg.

11 Handreiking spoedzorg Verenso. Hierin spelen twee zaken een rol: de V&V aanbieder kan de voor de patiënt benodigde therapeutische behandelomgeving thuis niet bieden (onbegrepen gedrag, verpleegkundige specialistische observatiemomenten nodig et cetera).

- Zorg thuis[12] is niet doelmatig.
  De zorgvraag is substantieel toegenomen. De zorginzet die op basis daarvan nodig is, kan niet structureel gehonoreerd worden. In eerstelijns verblijf kunnen analyse en interventie plaatsvinden met als doel optimale en doelmatige zorginzet thuis.

Waar vindt de afweging plaats?
De betreffende zorgvragers bevinden zich thuis, op de huisartsenpraktijk / huisartsenpost, op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis, in het ziekenhuis, op een GRZ-afdeling/ revalidatiecentrum of in een andere instelling voor zorg. De afweging zal dan ook daar plaatsvinden in afstemming met de betrokken professionals. De componenten van het verblijf zijn opgenomen in de bijlagen.

Essentieel is dat de patiënt (en/of diens wettelijke vertegenwoordiger) bij opname in een ELV te horen krijgt en begrijpt dat het gaat om een tijdelijke opname. Na de tijdelijke opname gaat de patiënt naar huis of er is sprake van doorplaatsing.

[12] Onder thuis wordt ook verstaan: zelfstandig begeleid wonen, serviceflat, et cetera.

Hoofdstuk 2 - Eerstelijns verblijf

Vormen van eerstelijns verblijf
Er zijn twee vormen van eerstelijns verblijf te onderscheiden:

1. **Laag complex**

De patiënt heeft een enkelvoudige aandoening en/of beperking die een bedreiging vormt/vormen voor de gezondheid van de patiënt. De patiënt heeft verzorging en verpleging in de nabijheid, observatie, signalering en interventie nodig. De verzorgenden en verpleegkundigen leveren ondersteuning bij ADL. De huisarts levert de medische zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden'.[13]

2. **Hoog complex**

Bij de patiënt is er sprake van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen en/of beperkingen. Er is vaak sprake van polyfarmacie en de mogelijke gevolgen daarvan.
De patiënt heeft verzorging en verpleging nodig in de directe nabijheid. De (multidisciplinaire) behandeling dient plaats te vinden in een op de specifieke doelgroep ingerichte leef- en behandelomgeving. De verzorgende/verpleegkundige ondersteunt de ADL van de patiënt of neemt deze over. De betreffende specialist (AVG of specialist ouderengeneeskunde) neemt zowel de generalistische als de specialistische behandeling op zich.
Bij jeugd en psychiatrische problematiek biedt naast de GZ psycholoog, de orthopedagoog, kinderpsycholoog of kinderarts, de huisarts de generalistisch medische zorg voor de patiënt in zijn context met het oog op de continuïteit.

Geplande en ongeplande situaties[14]
Bij een gepland eerstelijns verblijf zien de huisarts en de patiënt kortdurende opname aankomen omdat er een interventie gepland staat. Zo'n interventie kan gezondheid-gerelateerd zijn, bijvoorbeeld als medicatie in een specifieke setting opnieuw moet worden ingesteld. Ook kan het zijn dat de mantelzorgers die de dagelijkse structuur en zorg (7x24) voor de kwetsbare patiënt leveren, tijdelijk en gepland (bv. bij een heupoperatie) niet in staat zijn de informele zorg te leveren waardoor de zorg thuis niet langer toereikend is en de V&V aanbieder deze zorg niet verantwoord thuis kan geven.

De behoefte aan eerstelijns verblijf kan ook onverwacht komen. Er is sprake van een crisis-/ spoedsituatie als de thuiswonende patiënt acuut in een zodanige situatie komt te verkeren dat de inschatting van de huisarts is dat de medische situatie van de patiënt binnen 24 uur achteruitgaat. De huidige verblijfplaats van de patiënt is ontoereikend om hem verantwoorde medische zorg, verpleging en verzorging en/of veiligheid te bieden, ambulante begeleiding is niet toereikend en opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis of definitieve opname in een verpleeghuis is niet passend.

Het is aan de indicerende artsen om te bepalen welke patiënt in welke situatie spoed behoeft. De indicerende arts bepaalt of het een spoed-/crisis[15] situatie betreft. Dit criterium wordt meegenomen in het afwegingsinstrument. Dit met uitzondering van de GGZ die een eigen crisisdienst kent waar behandeling door een psychiatrisch team plaatsvindt.

---

[13] Binnen de zorg die een huisarts pleegt te bieden, past de mogelijkheid gebruik te maken van de expertise van deskundigheid van een andere arts.
[14] Spoed komt nooit voor na een ziekenhuisopname, de patiënt is weliswaar uitbehandeld maar de omgeving is veilig voor de patiënt, het betreft hier een verkeerde bed problematiek.
[15] Voor de GGZ bestaat er een crisisdienst, deze is bedoeld om in situaties van crisis de patiënt direct op te nemen in een GGZ instelling waar de psychiater de behandeling biedt. In ELV situaties voor GGZ patiënten gaat het om die situaties die nog opgelost kunnen worden door opname in een ELV verblijf, onder begeleiding van een GZ psycholoog, zo nodig aangevuld met consult door de psychiater.

Duur eerstelijns verblijf
De duur van het eerstelijns verblijf wordt door de werkgroep gesteld op een periode van maximaal 18 weken. De eerste twee weken kunnen worden gebruikt om currente[16] medische problematiek te behandelen en verdiepend onderzoek te verrichten. Daarna kan gerichte behandeling volgen gedurende maximaal acht weken. Eenmalige verlenging van maximaal acht weken is mogelijk indien blijkt dat de doelen niet worden gehaald. Het kan ook zijn dat de patiënt niet terugkeert op het oude niveau en zorgafhankelijk blijft, waardoor een ander leefklimaat blijvend aan de orde is. Het CIZ indicatieproces voor de Wlz wordt dan opgestart.

[16] Currente problematiek= actuele problematiek.

Hoofdstuk 3 - Verantwoordelijkheden en samenwerking

Samenwerking
In de dagelijkse praktijkvoering is er veelal sprake van een intensieve samenwerking tussen (wijk)verpleegkundigen (die verpleegkundige behandeling en zorg leveren), huisartsen en andere professionals, zoals maatschappelijk werkenden. Deze professionals hebben een observerende en signalerende taak naar de behandelend arts.

In de praktijk zullen de verpleegkundigen en andere professionals in veel gevallen als eerste signaleren dat de situatie van de patiënt zodanig is dat deze wel of niet thuis kan blijven. Zij zullen dit signaal bespreken met de huisarts die vervolgens een besluit neemt.
Na opname in een ziekenhuis, of opname in een andere zorginstelling, zal de medisch specialist die de behandeling heeft uitgevoerd en afgerond samen met de verpleegkundige van de afdeling inschatten of de patiënt terug kan keren naar huis of een tijdelijke andere voorziening nodig heeft. De transferverpleegkundige is degene die op indicatie van de medisch specialist dit proces vorm geeft.

Dit proces zal lokaal verschillen en vorm krijgen afhankelijk van de demografische samenstelling van de bevolking, de locatie waar de patiënt verblijft (thuis of in een instelling waar medische zorg wordt geleverd) en samenwerking tussen partijen. Er worden duidelijke afspraken gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de patiënt.[17] Voor de patiënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:

- het aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger;
- de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de patiënt;
- belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de patiënt (zorgcoördinator).

Wie indiceert?
Patiënt in de thuissituatie[18]
In de thuissituatie vindt indicering plaats afhankelijk van gemaakte afspraken onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Patiënt op de SEH
De huisarts kan de patiënt om diverse redenen naar de SEH sturen. Twee voorbeelden zijn:

- Het uitsluiten (diagnostische analyse) van een probleem, zoals een botbreuk. De patiënt krijgt na de diagnose de noodzakelijke behandeling (gips bijvoorbeeld) en kan terug naar huis. Mocht in de thuissituatie blijken dat de patiënt niet thuis kan blijven en dat er sprake is van noodzaak tot medische behandeling en verpleegkundige zorg, dan is de huisarts verantwoordelijk voor de indicatie ELV.
- De huisarts verwijst de patiënt naar een medisch specialist met het verzoek de patiënt medisch specialistisch te beoordelen en te kijken of een opname medisch gezien noodzakelijk is. De huisarts geeft bij verwijzing aan dat de patiënt niet kan terugkeren naar huis en dat ELV geïndiceerd lijkt indien de medisch specialist opname in het ziekenhuis niet noodzakelijk of wenselijk acht voor de patiënt.

[17] Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG, 26 januari 2010.
[18] Gezamenlijke verantwoordelijkheid: in het werkveld zijn vele samenwerkingsverbanden te vinden, zoals de wijkverpleegkundige en de huisarts. De wijkverpleegkundige signaleert en observeert en overlegt bij bijzondere situaties met de huisarts, waarna de huisarts een afweging maakt en wellicht een indicatieproces start tot opname in een eerstelijns verblijf.

Patiënt na opname ziekenhuis[19]
Indien een patiënt na opname ontslagen wordt uit het ziekenhuis en de medisch specialist (bijvoorbeeld de klinisch geriater), de verpleegkundige en de patiënt van mening zijn dat de patiënt nog niet naar de thuissituatie kan terug keren, dan wordt de transferverpleegkundige ingeschakeld. De transferverpleegkundige verricht triage (welke voorziening is passend voor de patiënt) en neemt contact op met de huisarts. Als de huisarts de mening van de transferverpleegkundige ondersteunt dat het ELV de beste oplossing is voor de patiënt, dan geeft de huisarts de formele indicatie voor ELV af. De transferverpleegkundige zorgt voor de uitwerking.

Wie coördineert de opname ELV?
In de thuissituatie
Als de huisarts de indicatie voor ELV afgeeft, stuurt hij/zij de benodigde gegevens naar een loket dat bij voorkeur centraal in de regio is gesitueerd. Dit loket neemt de indicatie in ontvangst en realiseert opname voor de patiënt. In 2015 is dit lokaal nog zeer verschillend georganiseerd.

Na bezoek SEH
Als de medisch specialist het gedurende het SEH-bezoek niet nodig of wenselijk acht de patiënt op te nemen, roept hij de hulp in van de transferverpleegkundige. De transferverpleegkundige handelt, in afstemming met de huisarts, de indicatie ELV hoog complex af. Het transferpunt binnen het ziekenhuis zal de indicatie aanvullen met de medische gegevens en doorsturen naar een loket dat, bij voorkeur centraal in de regio gesitueerd, de indicatie in ontvangst neemt en opname voor de patiënt realiseert. In 2015 is dit lokaal nog zeer verschillend georganiseerd.

Na opname ziekenhuis of andere instelling waar specialistische zorg wordt geleverd
Als de transferverpleegkundige in overleg met de huisarts de indicatie voor ELV heeft afgehandeld, wordt deze indicatie doorgestuurd naar een loket dat, bij voorkeur centraal in de regio gesitueerd, de indicatie in ontvangst neemt en opname voor de patiënt realiseert. In 2015 is dit lokaal nog zeer verschillend georganiseerd.

Benodigde gegevens voor het centrale punt
Het centrale punt coördineert de opname in het ELV voor de patiënt. De indicerende arts draagt zorg voor het aanleveren van de volgende gegevens:
1. Indicatiebesluit
2. Naam, adres, telefoonnummer en woonplaats patiënt
3. Geboortedatum patiënt
4. Doelgroep waartoe patiënt behoort
5. Eventueel contactpersoon patiënt met telefoonnummer
6. Diagnose
7. Overzicht medicatie
8. Heldere korte doel-/vraagstelling wat de indicerende arts met de verwijzing naar het ELV beoogt te bereiken.

[19] Er is samenwerking tussen de transferverpleegkundige met de medisch specialist en/of de huisarts. De transferverpleegkundige verricht in veel situaties de inventarisatie waardoor de indicatie kan volgen voor opname eerstelijns verblijf.

Hoofdstuk 4 - Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf

De indicatie voor eerstelijns verblijf wordt ingegeven door de zorgbehoefte van de patiënt. Soms kan de situatie worden gestabiliseerd door extra zorg thuis. In het kader van doelmatigheid moet dit echter in verhouding staan tot de kosten van een eerstelijns verblijf.

Wanneer is ELV aangewezen?
Situatie van de patiënt uitgangspunt
Het vertrekpunt van het afwegingsinstrument is de patiënt en de situatie waarin deze zich bevindt. Er zijn verschillende situaties te onderscheiden:

- Een verandering in de gezondheidssituatie van de patiënt thuis waardoor ernstig gezondheidsverlies dreigt.
- De mantelzorger valt (deels) uit. Wat betekent dat voor de situatie van de patiënt?
- De patiënt wordt ontslagen uit een instelling waar medische zorg geboden wordt.
- De benodigde zorg is thuis niet doelmatig te organiseren.

De behandeling in een ELV kan zich onder meer richten op diagnose/prognostiek, medicatiesanering, opnieuw instellen op medicatie waarbij observatie van de patiënt nodig is, therapietrouw herstellen/consolideren, adaptatie/coping, gedragsproblemen in kaart brengen en behandeling starten.

Wanneer is ELV niet aangewezen?
Hieronder wordt een aantal situaties opgesomd waarin ELV niet mogelijk en/of niet wenselijk is.

- Bij een ernstig en/of acuut psychiatrisch beeld en dusdanige gedragsproblematiek dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis geïndiceerd is.
- Bij somatische aandoeningen die behandeling behoeven door een medisch specialist in een zorginstelling.
- Bij haalbare revalidatiedoelen waarvoor een revalidatiecentrum of GRZ aangewezen is.
- Indien terminale zorg aangewezen is (zie bijlage opdracht VWS).
- Indien respijtzorg aangewezen is. Er is/dreigt voor de patiënt geen gezondheids-bedreigende situatie en er is geen (specifieke) medische behandeling noodzakelijk.
- Indien er hoofdzakelijk sociale problemen zijn zoals op het gebied van wonen en/of financiën.

Afwegingsinstrument: de verdiepingsvragen en schema
Om de afweging gestructureerd te kunnen maken, zijn voor de betrokken zorgprofessionals verdiepingsvragen geformuleerd. Deze vragen zijn opgesteld voor de drie situaties waarbij indicatie voor ELV aan de orde kan zijn.

Op pagina 15 is het afwegingsproces schematisch weergegeven.

Verdiepingsvragen

Situatie 1: verandering gezondheidssituatie thuis

1a. *Is medisch specialistische interventie noodzakelijk?*
Ja: de huisarts verwijst naar een instelling voor medisch specialistische zorg.
Nee: ga door naar **1b**

1b. *Zijn er haalbare revalidatiedoelen in combinatie met verblijf nodig?*
Ja: de huisarts verwijst voor triage GRZ of medisch specialistische revalidatiezorg.
Nee: ga door naar **1c1**

1c1. *Is er medische zorg nodig?*[20]
Ja: ga naar **1d**
Nee: ga door naar vraag **1c2**

1c2. *Is er naast enige ADL- en HDL-ondersteuning tevens tijdelijk structuur en begeleiding nodig?*
Ja: Wmo voorziening
Nee: patiënt blijft thuis

1d. *Acht de huisarts de inzet van een arts met andere/aanvullende expertise als hoofdbehandelaar en een op de zorgvraag afgestemd multidisciplinair team noodzakelijk?*
Ja: ELV hoog complex
Nee: ga naar **1e**

1e *Is de huisarts van mening dat hij/zij de benodigde medische zorg ('zoals huisartsen die plegen te bieden') kan leveren?*
Ja: ga naar **1f**.
Nee: ga naar **1g**

1f. *Is er reeds inzet van V&V die passend is ten aanzien van expertise en intensiteit of is inzet en/of uitbreiding te organiseren?*
Ja: patiënt kan thuis blijven
Nee: ELV laag complex

1g. *Indien de inzet als consulent/medebehandelaar van een arts met andere/aanvullende expertise*[21] *in de thuissituatie gewenst is, is deze dan voorhanden en te organiseren?*
Ja: patiënt kan thuis blijven
Nee: ELV laag complex waar aanvullende expertise beschikbaar is

NB: in een hoog complex eerstelijns verblijf is multidisciplinaire zorg beschikbaar die is afgestemd op de specifieke problematiek van de patiënt/doelgroep.

[20] Medisch noodzakelijke zorg is die zorg die volgens professionele richtlijnen of standaarden geïndiceerd is en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Definitie ontleend aan commissie Klazinga, 2014.

[21] Hier valt te denken aan de specialist ouderengeneeskunde of de AVG arts, die zowel de generalistische als de specialistische medische zorg op zich nemen. Jeugd: orthopedagoog aangevuld met de generalistische medische zorg door de huisarts zoals te doen gebruikelijk en voor GGZ de GZ-psycholoog, aangevuld met de generalistische medische zorg door de huisarts, zoals te doen gebruikelijk en eventueel aangevuld met consultatie van de psychiater.

Situatie 2: mantelzorger valt (deels) uit

NB: in de afweging staat centraal wat de patiënt nodig heeft nu de mantelzorger (deels) is uitgevallen.

2a. *Is medisch specialistische interventie noodzakelijk?*
Ja: de huisarts verwijst naar een instelling voor medisch specialistische zorg.
Nee: ga door naar **2b**

2b. *Zijn er haalbare revalidatiedoelen in combinatie met verblijf nodig?*
Ja: de huisarts verwijst voor triage GRZ of medisch specialistische revalidatiezorg.
Nee: ga door naar **2c1**

2c1. *Is er medische zorg nodig?*
Ja: ga naar **2d**
Nee: ga door naar vraag **2c2**

2c2. *Is er naast enige ADL- en HDL-ondersteuning tevens tijdelijk structuur en begeleiding nodig?*
Ja: WMO voorziening
Nee: patiënt kan thuis blijven

2d. *Acht de huisarts de inzet van een arts met andere/aanvullende expertise als hoofdbehandelaar en een op de zorgvraag afgestemd multidisciplinair team noodzakelijk?*
Ja: ELV hoog complex
Nee: ga naar **2e**

2e. *Is de huisarts van mening dat hij/zij de benodigde medische zorg ('zoals huisartsen die plegen te bieden') kan leveren (bekwaam)?*
Ja: Ga naar **2f**
Nee: Ga naar **2g**

2f. *Is er reeds inzet van V&V die passend is ten aanzien van expertise en intensiteit of is inzet en/of uitbreiding te organiseren?*
Ja: patiënt kan thuis blijven
Nee: ELV laag complex

2g. *Indien de inzet als consulent/medebehandelaar van een arts met andere/aanvullende expertise*[22] *in de thuissituatie gewenst is, is deze dan voorhanden en te organiseren?*
Ja: patiënt kan thuis blijven
Nee: ELV laag complex waar aanvullende expertise beschikbaar is

---

NB: in een hoog complex eerstelijns verblijf is multidisciplinaire zorg beschikbaar die is afgestemd op de specifieke problematiek van de patiënt/doelgroep.

[22] Hier valt te denken aan de specialist ouderengeneeskunde of de AVG arts, die zowel de generalistische als de specialistische medische zorg op zich nemen. Jeugd: orthopedagoog aangevuld met de generalistische medische zorg door de huisarts zoals te doen gebruikelijk en voor GGZ de GZ-psycholoog aangevuld met de generalistische medische zorg door de huisarts, zoals te doen gebruikelijk en eventueel aangevuld met consultatie van de psychiater.

Situatie 3: patiënt ontslagen uit instelling waar specialistische zorg geboden wordt

3b[23]*. Zijn er haalbare revalidatiedoelen in combinatie met verblijf nodig?*
Ja: de behandelend arts verwijst voor triage GRZ of medisch specialistische revalidatiezorg.
Nee: ga door naar **3c1**

3c1. *Is er medische zorg nodig?*
Ja: ga naar **3d**
Nee: ga door naar vraag **3c2**

3c2*. Is er naast enige ADL- en HDL-ondersteuning tevens tijdelijk structuur en begeleiding nodig?*
Ja: Wmo voorziening
Nee: patiënt naar huis

3d. *Acht de huisarts de inzet van een arts met andere/aanvullende expertise als hoofdbehandelaar en een op de zorgvraag afgestemd multidisciplinair team noodzakelijk?*
Ja: ELV hoog complex
Nee: ga naar **3e**

3e. *Is de huisarts van mening dat hij/zij de benodigde medische zorg ('zoals huisartsen die plegen te bieden') kan leveren (bekwaam)?*
Ja: Ga naar **3f**
Nee: Ga naar **3g**

3f. *Is er reeds inzet van V&V die passend is ten aanzien van expertise en intensiteit of is inzet en/of uitbreiding te organiseren?*
Ja: patiënt kan thuis blijven
Nee: ELV laag complex

3g. *Indien de inzet als consulent/medebehandelaar van een arts met andere/aanvullende expertise*[24] *in de thuissituatie gewenst is, is deze dan voorhanden en te organiseren?*
Ja: patiënt kan thuis blijven
Nee: ELV laag complex waar aanvullende expertise beschikbaar is

---

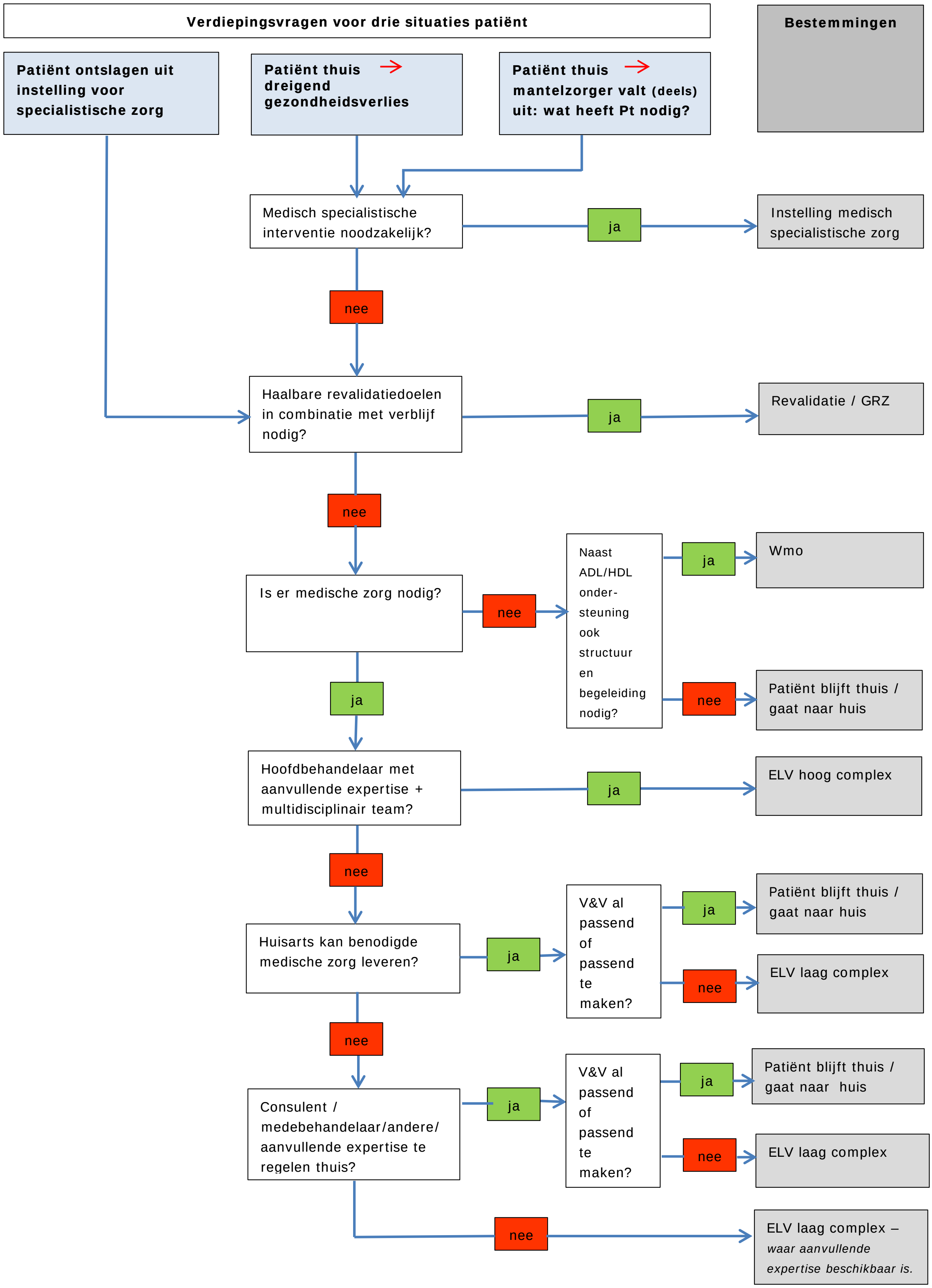
NB: in een hoog complex eerstelijns verblijf is multidisciplinaire zorg beschikbaar die is afgestemd op de specifieke problematiek van de patiënt/doelgroep.

---

[23] 3a ontbreekt hier omdat de vraag "Is medisch specialistische interventie noodzakelijk" bij ontslag uit het ziekenhuis niet relevant is. Voor de herkenbaarheid wordt wel de systematiek van situatie 1 en 2 aangehouden.

[24] Hier valt te denken aan de specialist ouderengeneeskunde of de AVG arts, die zowel de generalistische als de specialistische medische zorg op zich nemen. Jeugd: orthopedagoog aangevuld met de generalistische medische zorg door de huisarts zoals te doen gebruikelijk en voor GGZ de GZ-psycholoog aangevuld met de generalistische medische zorg door de huisarts, zoals te doen gebruikelijk en eventueel aangevuld met consultatie van de psychiater.

AFWEGINGSINSTRUMENT – SCHEMATISCHE WEERGAVE



Begrippenlijst

ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen.
AVG	Arts verstandelijk gehandicapten.
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg.
Dagbehandeling	Dagdelen (groeps)behandeling voor specifieke groepen (mensen met dementie, Huntington et cetera).
Eerstelijns verblijf	Kortdurend verblijf van maximaal 18 weken.
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg; de patiënt heeft een duidelijk revalidatiedoel waarbij is ingeschat dat dit doel haalbaar is voor de patiënt.
HDL	Huishoudelijke activiteiten van het dagelijks leven.
Indicatie	Toegangsbesluit tot de benodigde zorg.
MPT	Modulair Pakket Thuis (samengesteld pakket, soms in combinatie met PGB).
Overbruggingszorg	Tijdelijk 7/24-uurs verpleegkundige zorg in de thuissituatie ter overbrugging tot een opname.
PGB	Persoonsgebonden budget.
POH	Praktijkondersteuner huisarts.
Thuis	Eigen woonsituatie, ook zelfstandig begeleid wonen, serviceflat, et cetera.
Verblijf	Opname in een erkende (WTZi-toegelaten) zorginstelling.
VPT	Volledig Pakket Thuis.
V&V	Verpleging en verzorging/verpleegkundige en verzorgende zorg.
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Wlz	Wet langdurige zorg.
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning.
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
Zorgkantoor	Beheerder van de Wlz-gelden, verantwoordelijk voor zorgafspraken met patiënt over de te leveren zorg. Wlz: VPT, MPT, PGB, verblijf, dagbehandeling.
Zvw	Zorgverzekeringswet.

Bijlagen

Bijlage 1 - Opdracht ministerie van VWS

De opdracht van het ministerie van VWS betrof het ontwikkelen van een toegankelijk afwegingsinstrument waarmee een uniforme triage/zorgtoewijzing voor verblijf in de eerste lijn/vallend onder de Zvw wordt ondersteund. Dit bevordert eenduidige, transparante en passende verwijzing naar en juiste plaatsing in verblijf.

De introductie van eerstelijns verblijf is een stap binnen de veranderingen rond de langdurige zorg, waarbij de Zvw mensen de mogelijkheden moet bieden om desgewenst langer thuis te blijven wonen, ondanks hoge leeftijd, aandoening of beperking. Steeds meer patiënten met een zwaardere zorgvraag blijven thuis wonen. De zorgvraag kan ook veranderen: er kunnen incidenten zijn, exacerbaties, instabiele periodes of acute complicaties. Voor de zorg aan thuiswonende patiënten is de huisarts de eerstverantwoordelijke. Niet altijd zal deze zorg ook thuis geleverd kunnen worden. Voorbeelden hiervan zijn de noodzaak van een periode aaneengesloten geneeskundige observatie, aanvullende diagnostiek die een bepaalde infrastructuur vergt of de situatie waarin de patiënt door overbelasting of ziekenhuisopname van de mantelzorger niet meer thuis kan blijven.

Op aanwijzing van het ministerie van VWS zijn de voorzieningen voor terminale zorg niet meegenomen in het afwegingsinstrument. Reden hiervoor is dat terminale zorg zowel in de Wlz als in de Zvw voorkomt en dat de routing hier naar toe goed verloopt.

Dit project beoogt een instrument te ontwikkelen waarmee zorgverleners (verwijzers) een helder omschreven werkwijze voor zorgtoewijzing tot hun beschikking hebben die zij kunnen integreren in hun huidige systematiek. Het betreft een gestructureerd doorlopen van afwegingen (triage) dat leidt tot eenduidige uitkomsten voor zorgtoewijzing voor eerstelijns verblijf. Het project had een looptijd van 1 maart t/m 30 november 2015.

Verenso voerde het project uit en stelde een expertgroep samen van specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, kaderhuisartsen ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen en transferverpleegkundigen, allen afgevaardigd door hun beroepsorganisaties. Naast de zorginhoudelijke experts is een klankbordgroep ingesteld, bestaande uit afgevaardigden van de genoemde organisaties, aangevuld door stakeholders. In het project was voorzien in commentaarrondes om betrokken disciplines en hun achterban te betrekken en te raadplegen.

In dit project is de implementatie van het afwegingsinstrument niet meegenomen. Het verdient aanbeveling dat het afwegingsinstrument digitaal geïntegreerd wordt in de werkwijze van de gebruikers. Lokaal dienen partijen de toegang, bereikbaarheid en beschikbaarheid van het eerstelijns verblijf in onderlinge samenwerking te realiseren.

Bijlage 2 - Afbakening

Afbakening met de Wet maatschappelijke ondersteuning
Bij de overheveling van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar de Wet langdurige zorg zijn een aantal taken overgeheveld naar de gemeente. Een van die taken is de zogeheten respijtzorg. Daarnaast is begeleiding overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hieronder wordt duidelijk wat respijtzorg in houdt voor de patiënt en is het duidelijk wat het verschil is met eerstelijns verblijf.

Kortdurend verblijf in het gemeentelijk domein
De AWBZ-aanspraak kortdurend verblijf komt te vervallen en is ondergebracht in het gemeentelijk domein (Wmo 2015 en Jeugdwet), als onderdeel van de verantwoordelijkheid van gemeenten om mantelzorgers te ondersteunen. Daarbij staat niet meer een bepaalde voorziening centraal, maar het gewenste resultaat. Bij dat resultaat ligt ook de verantwoordelijkheid van gemeenten. Mantelzorgers moeten erop kunnen vertrouwen dat zij – als dat nodig is – tijdig een beroep kunnen doen op ondersteuning voor henzelf en voor hun naasten. Een belangrijke vorm van ondersteuning kan zijn het bieden van respijtzorg: het tijdelijk overnemen van de totale zorg waardoor een mantelzorger tijdelijk ontlast wordt van zijn taak. Verschillende vormen van respijtzorg zijn mogelijk, zoals thuisopvang, dagopvang, kortdurend verblijf of inzet van informele zorg. Er is geen uniforme landelijke regeling voor respijtzorg. Gemeentelijke beleidsvrijheid is iets anders dan een verzekerde prestatie in Zvw of aanspraak in Wlz.

Als de patiënt door wegvallen of overbelasting van familie of mantelzorgers behoefte heeft aan verblijf met enige verzorging dan is respijtzorg voorliggend aan ELV. Bij respijtzorg dient men voornamelijk te denken aan een hotelachtige functie waarbij begeleiding plaatsvindt op het vlak van het bieden van structuur en ADL en HDL ondersteuning.

Begeleiding en Verblijf
Met de decentralisatie van de AWBZ verdwijnen extramurale begeleiding en verblijf als landelijke taak om terug te keren als compensatieplicht voor gemeenten in de Wmo. Beide taken hebben (onder meer) tot doel het ontlasten van de mantelzorger van mensen die permanent toezicht behoeven.

Onder de AWBZ-functie begeleiding vallen allerlei activiteiten die mensen zelfredzaam maken en houden, ter voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing. Een van die activiteiten kan bestaan uit het overnemen van toezicht. Voor meer informatie over begeleiding: www.invoeringwmo/begeleiding.

Bijlage 3 - Begrippen palliatieve en terminale zorg toegelicht

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg kan onderdeel zijn van de zorg binnen het eerstelijns verblijf. Palliatieve zorg is gericht op de verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten en families die te maken hebben met de problemen rond een levensbedreigende ziekte. Palliatieve zorg voorkomt en verzacht het lijden door middel van vroege onderkenning en uitstekende diagnostiek en door middel van behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard (bron: WHO 2002). Palliatieve zorg is daarmee geïntegreerde, multidimensionale en multidisciplinaire zorg gericht op adequate symptoomverlichting. Het gaat niet alleen om ziektegericht handelen dat overgaat in symptoomgerichte palliatie, maar vooral om het begeleiden van verlies aan functionaliteit en kwaliteit van leven.

Terminale zorg / hospicezorg

Terminale zorg/hospicezorg, in het ELV tot 2017 palliatief-terminale zorg (PTZ) genoemd, is in dit afwegingsinstrument niet meegenomen. Inhoudelijk gaat terminale zorg vrijwel altijd met palliatieve zorg gepaard. Palliatieve zorg komt ook in de niet-terminale fase voor (zie uitleg palliatieve zorg). Hospicezorg komt zowel voor in de Wet langdurige zorg (Wlz) als in de zorgverzekeringswet (Zvw). Het ministerie van VWS heeft opdracht gegeven deze zorg niet mee te nemen in dit afwegingsinstrument.

Bijlage 4 - Componenten verblijf

Hieronder volgt een inventarisatie van de benodigdheden voor een eerstelijns verblijf. Het betreft een niet-uitputtende beschrijving, deels omdat wet- en regelgeving rondom verantwoorde zorg voortdurend kan wijzigen. Deze inventarisatie kan worden beschouwd als een eerste raamwerk voor een mogelijke inventaris. In de beroepsprofielen van V&V en betrokken artsen staan de competenties beschreven.

Laag complex
De patiënt heeft een enkelvoudige aandoening en/of beperking die een bedreiging vormt/vormen voor de gezondheid van de patiënt.
De patiënt heeft verzorging en verpleging in de nabijheid, observatie, signalering en interventie nodig. De verzorgenden en verpleegkundigen leveren ondersteuning bij ADL.

De medische zorg in ELV laag complex

- De huisarts levert medische zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden'.[25]

Verblijf

- Het verblijf dient te voldoen aan de bouwkundige eisen die aan het verblijf gesteld worden.
- Kamer met badkamer geschikt voor de doelgroep, hoog/laag bed met antidecubitusmatras, kledingkast, nachtkastje, aansluiting voor internet/tv/telefoon/computer, tafel en stoel.
- Oproep-/alarminstallatie

Voorzieningen

- Huishoudelijke zorg (schoonmaak/thee/koffie/ontbijt/lunch/warme maaltijden).
- Tilliften (geschikt voor de doelgroep die opgenomen wordt).
- Medicijnkast (afsluitbaar voor opslag medicatie).
- Voorraad basis verpleegkundige materialen (verband/pleisters/bloeddrukmeter/thermometers/incontinentiemateriaal/ wegwerphandschoenen, bekkentjes, prothesebekers, sputumbekers, po/urinaal/douchebrancard/rolstoelen voor algemeen gebruik et cetera).
- Huiskamer met keuken en apparatuur voor koffie/thee/koeling et cetera (gezamenlijke kamer voor maaltijden, recreatie en bezoek).
- Indien het gebouw uit meer verdiepingen bestaat: liften.
- Linnengoed.
- Wasmachine en droger, afhankelijk van lokale afspraken.
- Strijkplank en strijkijzer.
- Pospoeler.
- Medicijnkar.
- Zorgkar (kar waarop linnengoed, wasbakken, bekken et cetera vervoerd kunnen worden).

Verpleegkundige zorg

- De verpleegkundige is bevoegd en bekwaam voor de verpleegkundig medisch technische handelingen conform het beroepsprofiel en is in staat regie te voeren over het zorgleefplan in overleg met patiënt.
- De verpleegkundig specialistische handelingen kunnen middels een medisch specialistisch verpleegkundig mobiel team afgedekt worden (denk aan PCA pomp et cetera.).
- De verzorgende is bevoegd en bekwaam voor de verzorgende taken die behoren bij het beroepsprofiel. Hij draagt zorg voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen (wassen/aankleden/toiletgang/in en uit bed helpen met tillift)/hulp bij voeding/drinken et cetera). Daarnaast verzorgt hij de onplanbare oproep zorgmomenten voor de patiënt, hiermee dekt hij de zorg in nabijheid af.

[25] De huisarts kan hierbij een specialist ouderengeneeskunde/arts verstandelijk gehandicapten/GZ psycholoog of andere medisch specialist in consult roepen.

Afhankelijk van het aantal patiënten dienen er op piekmomenten voldoende verzorgenden aanwezig te zijn gedurende de dag, de avond en de nacht.

Hoog complex
Bij de patiënt is er sprake van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen en/of beperkingen. Er is vaak sprake van polyfarmacie en de mogelijke gevolgen daarvan.
De patiënt heeft verzorging en verpleging nodig in de directe nabijheid. De (multidisciplinaire) behandeling dient plaats te vinden in een op de specifieke doelgroep ingerichte omgeving. De zorg ondersteunt de ADL van de patiënt of neemt deze over. De betreffende specialist (AVG of specialist ouderengeneeskunde) neemt zowel de generalistische als de specialistische behandeling op zich. Bij jeugd en psychiatrische problematiek biedt naast de GZ-psycholoog, de orthopedagoog, kinderpsycholoog of kinderarts, de huisarts de generalistisch medische zorg voor de patiënt in zijn context met het oog op de continuïteit.

De medische zorg in ELV hoog complex
De medische zorg richt zich vooral op: functionele diagnostiek, prognostiek, het opstellen van een behandelplan met SMART geformuleerde doelen op basis van 'shared decision making' met de patiënt en het patiëntsysteem, regievoering tijdens het behandeltraject, verantwoordelijkheid nemen in de keten en zorgdragen voor adequate samenwerking zoals vastgelegd in samenwerkingsafspraken.[26]

Verblijf
- Het verblijf dient te voldoen aan de bouwkundige eisen die aan verblijf gesteld worden.
- Behandelruimte.
- Kamer met badkamer geschikt voor de doelgroep, hoog/laag bed met antidecubitusmatras, kledingkast, nachtkastje, aansluiting voor internet/tv/telefoon/computer, tafel en stoel.
- Oproep-/alarminstallatie.
- Domotica-voorzieningen (afhankelijk van doelgroep die opgenomen wordt).

Voorzieningen
- Huishoudelijke zorg (schoonmaak/thee/koffie/ontbijt/lunch/warme maaltijden).
- Tilliften (geschikt voor de doelgroep die opgenomen wordt).
- Medicijnkast (afsluitbaar voor opslag medicatie).
- Noodkoffer.
- Medische apparatuur: vernevelaar, infuusmateriaal, zuurstofconcentraten of medicinale zuurstoftanks, zuurstofslangen, uitzuigapparatuur, ECG-apparaat, laboratoriumfaciliteiten of afspraak met regionaal laboratorium, materiaal voor urineonderzoek.
- Voorraad basis verpleegkundige materialen (glucosemeter, saturatiemeterverband/pleisters/bloeddrukmeter/thermometers/incontinentiemateriaal/ wegwerphandschoenen, bekkentjes, prothesebekers, sputumbekers, po/urinaal/ douchebrancard/rolstoelen voor algemeen gebruik et cetera).
- Huiskamer met keuken en apparatuur voor koffie/thee/koeling et cetera (gezamenlijke kamer voor maaltijden, recreatie en bezoek).
- Indien het gebouw uit meer verdiepingen bestaat: liften.
- Linnengoed.
- Wasmachine en droger, afhankelijk van lokale afspraken.
- Strijkplank en strijkijzer.
- Pospoeler.
- Medicijnkar.
- Zorgkar (kar waarop linnengoed, wasbakken, bekken et cetera vervoerd kunnen worden).

[26] Denk aan handreiking verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg (KNMG, 2010), Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's), et cetera.

Verpleegkundige zorg

- De deskundigheid van de verpleegkundige met specialisatie op de doelgroep (geriatrisch verpleegkundige/sociaal psychiatrisch verpleegkundige/GGZ-verpleegkundige/jeugd verblijf ondersteund door orthopedagoog) moet gegarandeerd zijn.
- Hij is bevoegd en bekwaam voor de verpleegkundig medisch technische handelingen conform het beroepsprofiel en is in staat regie te voeren over het zorgleefplan in overleg met patiënt. De inzet van de verpleegkundige is 7/24 uur.
- De verpleegkundig specialistische handelingen kunnen middels een medisch specialistisch verpleegkundig mobiel team afgedekt worden (denk aan PCA pomp et cetera).
- De verzorgende is bevoegd en bekwaam voor de verzorgende taken die behoren bij het beroepsprofiel. Hij draagt zorg voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen (wassen/aankleden/toiletgang/hulp bij voeding/drinken et cetera). Daarnaast verzorgt hij de onplanbare zorgmomenten voor de patiënt, hiermee dekt hij de zorg in nabijheid af. Afhankelijk van het aantal patiënten dienen er op piekmomenten voldoende verzorgenden aanwezig te zijn gedurende de dag, avond en de nacht.

Multidisciplinair team[27] kwetsbare ouderen

Afhankelijk van de problemen bij en van de patiënt kunnen professionals toegevoegd worden aan het multidisciplinair (zorg) team:

- Specialist ouderengeneeskunde
- Verpleegkundige
- Verzorgende
- Fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Diëtist
- Logopedist
- Maatschappelijk werker
- Geestelijke verzorger
- Gedragsdeskundige (psycholoog et cetera).

Activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde richten zich op regievoering in het behandeltraject zoals het inhoudelijk aansturen van behandelaren, diagnostiek van functionele gevolgen van ziekten, het opstellen van een behandelplan en behandeladviezen en het bespreken hiervan met patiënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger (WGBO), het voorschrijven/saneren van medicatie, noodzakelijke controles op effecten en bijwerkingen, adequate verwijzing naar medisch specialisten, het opstellen van een multidisciplinair vervolgplan voor de thuissituatie, verslaglegging naar huisarts en andere betrokken specialisten.

[27] De professionals leveren zorg en behandelingen conform hun beroepsprofiel, richtlijnen en handreikingen van hun beroepsvereniging.

Multidisciplinair team gehandicapten
Afhankelijk van de problemen bij en van de patiënt kunnen professionals toegevoegd worden aan het multidisciplinair (zorg) team:

- AVG arts
- Verpleegkundige
- Verzorgende
- Gedragsdeskundige
- Orthopedagoog
- GZ-psycholoog
- Ergotherapeut
- Fysiotherapeut
- Logopedist
- Vaktherapieën (PMT, drama, spel, muziek)
- Ter consultatie: een psychiater.

Multidisciplinair team GGZ
Vanuit de beroepsvereniging psychiaters is tijdens dit project geen input aangeleverd. Het verdient aanbeveling om dit gedurende het vervolgproces helder te maken.

Bijlage 5 - Expertgroep Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf

Verenso
Jacqueline de Groot, voorzitter expertgroep, specialist ouderengeneeskunde kaderarts Eerste Lijn
Romke van Balen, specialist ouderengeneeskunde GRZ
Pieter van Dijk, specialist ouderengeneeskunde kaderarts GRZ
Ellen Vreeburg, specialist ouderengeneeskunde kaderarts GRZ

LHV
Jelly Hogendorp, senior beleidsadviseur
Swanehilde Kooij, senior beleidsadviseur
Lisette Romijn, huisarts, senior beleidsadviseur
Karel Rosmalen, huisarts, afdelingshoofd beleid en ontwikkeling LHV
Monica Terhal, beleidsadviseur

Laego / NHG
Marc Eyck, huisarts, hoofd afdeling beleid NHG
Herman Wisselink, huisarts, kaderhuisarts ouderengeneeskunde, bestuurslid Laego

V&VN
Judith van den Berg, adviseur vereniging
Mariska de Bont, beleidsadviseur vereniging
José Jansen, transferverpleegkundige
Marja de Leeuwkerk, wijkverpleegkundige
Suzanne Leijnse, transferverpleegkundige
Laura Vriendjes, wijkverpleegkundige

ActiZ
Patricia Geerts, beleidsadviseur

Projectgroep Verenso
Pieter le Rütte (projectleider), beleidsmedewerker
Monique Bogaerts, beleidsmedewerker
Judith Heidstra, beleidsondersteuner
Carry Stroosnijder, beleidsmedewerker

Bijlage 6 - Klankbordgroep Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf

BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
EN	Ergotherapie Nederland
InEen	Ondersteuner zorgorganisaties en professionals in de eerste lijn
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Laurens Rotterdam	Strategisch adviseur kortdurende zorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
NPCF	Nederlandse Patiënten Cliënten Federatie
NVD	Nederlandse Vereniging voor Diëtetiek
NVKG	Nederlandse Vereniging van Klinisch Geriaters
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NVVP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Nza	Nederlandse Zorgautoriteit
Ons Tweede Thuis	Zorgorganisatie voor mensen met een beperking
VVOCM	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Deel B - Aanbevelingen

Vanuit de expertgroep en de bredere consultatiegroepen zijn een aantal waardevolle aanbevelingen gedaan. Enkele van deze aanbevelingen zullen het proces verder helpen en een aantal zal opgenomen dienen te worden in het 'spoorboekje' van het ministerie van VWS.

1. De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde/arts verstandelijk gehandicapten/ GZ-psycholoog dienen direct te kunnen zien of een patiënt Wlz-geïndiceerd is en of deze patiënt zijn indicatie effectueert. Dit is een lastige opgave. Eenvoudiger lijkt om van de patiënt uit te gaan: wat heeft deze nodig? Voor zowel Wlz-geïndiceerde als niet Wlz-geïndiceerde patiënten zijn eerstelijns verblijf bedden noodzakelijk, alleen de financiering wijkt af. Vaststellen van de noodzaak tot toegang tot deze zorg is voor beide groepen gelijk. Het eenvoudigst is om de patiënt leidend te laten zijn, de bekostigingsvorm volgt uit de zorgvraag van de patiënt en het patiëntsysteem.[28] Wlz-geïndiceerden dienen zonder tussenkomst van het CIZ gebruik te kunnen maken van een eerstelijns verblijf in het kader van verplaatste zorg.

2. Er moeten regionaal centrale aanspreekpunten (loketten) zijn/opgericht worden waar overzicht is over het aantal beschikbare bedden en de locatie daarvan. Deze aanspreekpunten dienen 7/24 uur bemand te zijn in verband met planbare en onplanbare eerstelijns bedden. Het aanspreekpunt regelt bij onmogelijkheid tot plaatsen overbruggingszorg in de vorm van 7/24 uur V&V.

3. Onplanbare en spoedbedden vereisen een overcapaciteit. Hiermee dient in de financiering rekening te worden gehouden.

4. De huisarts, de arts verstandelijk gehandicapten, de specialist ouderengeneeskunde en de GZ psycholoog dienen elkaars expertise te kennen en er dient bekend te zijn welke eerstelijns verblijf mogelijkheden voor de doelgroepen beschikbaar zijn. Het is van cruciaal belang dat er afstemming plaatsvindt tussen alle betrokken medici, maar ook tussen de andere betrokken zorgverleners, zoals verpleegkundigen en POH, SPV, orthopedagogen et cetera. Multidisciplinaire samenwerking is hiervoor noodzakelijk, in netwerken of teams waarin de zorgverleners uit de verschillende instellingen betrokken zijn. De disciplines die nodig zijn om te komen tot multidisciplinaire zorg zijn niet allemaal goed geborgd in de zorgverzekering. Dat zou pleiten voor een integrale bekostiging van de zorg.

5. Eerstelijns verblijf dient in het basispakket van de polis te zijn opgenomen, omdat het een voorwaarde is om langer thuis te kunnen blijven wonen.

6. Het is goed dat er een afbakening is in de tijdsduur van ELV, nu gesteld op maximaal 18 weken. Een aanbeveling is echter om middels monitoring van patiëntstromen en opnameduur te komen tot een evaluatie voordat overwogen wordt de termijn in wet- en regelgeving op te nemen.

7. In alle regio's dienen er eerstelijns verblijf voorzieningen gerealiseerd te worden voor alle doelgroepen.

8. In alle regio's dienen planbare en onplanbare bedden in de vorm van overcapaciteit beschikbaar te zijn, zowel voor Wlz-geïndiceerde als voor niet Wlz-geïndiceerde patiënten.

9. Deze infrastructuur moet georganiseerd en bekostigd worden. Wanneer dit voorwaardelijk is, moet dit dus ook (in bekostiging en infrastructuur) geregeld worden.

[28] Dat betekent dat er niet langer gewerkt wordt met geoormerkte bedden, geld volgt patiënt. Dat ontslaat de zorgverzekering niet van de check van kwaliteitseisen die gesteld dienen te worden aan een eerstelijns verblijf.

10. Er dient bij onmogelijkheid tot plaatsing in ELV overbruggingszorg beschikbaar te zijn in de vorm van 7/24 uur V&V zorg. Deze zorg dient in verband met doelmatigheid zo kort mogelijk ingezet te worden.

11. Instellingen die V&V zorg leveren dienen het aanbod van 7/24-uurszorg te kunnen realiseren.

12. Het aantal patiënten, de frequentie van het gebruik en de gemiddelde opnameduur dient gemonitord te worden om te komen tot het juiste aanbod aan eerstelijnsbedden.

13. Vanuit het ziekenhuis indiceren naar een eerstelijns bed door de transferverpleegkundige in samenwerking met de huisarts betekent dat de transferpost ook tijdens de avonden en weekenden bezet dient te zijn.

14. Om te voorkomen dat patiënten tussen wal en schip vallen, dienen er heldere werkafspraken te zijn tussen Wmo-uitvoerder (gemeente) en ELV-uitvoerders en dient monitoring plaats te vinden van de beschikbaarheid van passende voorzieningen.

15. Het Addendum Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen[29] bevat verbeterpunten die de kwaliteit en doelmatigheid van de GGZ zorg ten goede komen.

16. Het opleidingsniveau van medewerkers in eerstelijns verblijf moet passend zijn voor de doelgroep die zij verzorgen en verplegen.

[29] KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen Addendum Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen. Opgesteld door Werkgroep Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen en Stuurgroep Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Vastgesteld door het Federatiebestuur van de KNMG, 2014.